

COLUMBIA COMMUNITY MENTAL HEALTH  
AUTORIZACIÓN PARA USAR O DIVULGAR INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA

**SECCIÓN A: El nombre de la persona, o clase de personas, que puede autorizar el uso o la divulgación que se solicita:**

Yo, \_\_\_\_\_, fecha de nac.: \_\_\_\_\_, o mi representante autorizado, autorizo a Columbia Community Mental Health a divulgar mi información de salud protegida como se describe en la Sección B a continuación. Entiendo que:

1. Mi tratamiento, pago, inscripción en un plan de salud o elegibilidad para los beneficios no se verán condicionados por mi autorización para este uso o divulgación.
2. Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización.

**SECCIÓN B: Entidad autorizada a recibir o usar la información de salud protegida de la persona:**

*Nombre o describa específicamente a la persona u organización a la que nos autoriza a hacer divulgaciones o que puede usar la información de salud protegida que se describe a continuación:*

Nombre de la entidad: \_\_\_\_\_

Dirección de la entidad: \_\_\_\_\_ Teléfono de la entidad: \_\_\_\_\_

Marque esta casilla si autoriza que esta entidad divulgue la información seleccionada a continuación a Columbia Community Mental Health:

**SECCIÓN C: Información de salud protegida a usar o divulgar:**

*Describa de forma específica y significativa el tipo de información de salud protegida que nos autoriza a usar o divulgar.*

- Información relacionada con los registros de salud mental
- Información relacionada con los registros de trastorno por consumo de sustancias
- Información relacionada con registros de VIH, SIDA, hepatitis B o hepatitis C
- Información relacionada con los registros de discapacidad intelectual/del desarrollo

**SECCIÓN D: Finalidad del uso o la divulgación:**

*Describa el motivo del uso o la divulgación de esta información. Si desea indicar un límite para la información compartida, describa ese límite en la sección de finalidad del uso o la divulgación. Ejemplo: Limitar la divulgación a tratar temas de programación y citas únicamente.*

La afirmación "a solicitud de la persona" es una descripción suficiente de la finalidad cuando inicia la autorización y no proporciona una declaración con respecto a la finalidad o elige no hacerlo.

---

---

---

---

**SECCIÓN E: Firma:**

Yo, \_\_\_\_\_, he tenido la oportunidad de leer y analizar el contenido de esta autorización y confirmo que coincide con la indicación que le he dado. Entiendo que, al firmar este formulario, confirmo mi autorización para el uso o la divulgación de la información de salud protegida que se describe en este formulario a las personas u organizaciones nombradas anteriormente.

Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

*Si un representante personal firma esta autorización en nombre de la persona, complete lo siguiente:*

Nombre del representante personal: \_\_\_\_\_

Relación con la persona: \_\_\_\_\_

Descripción de la autoridad para actuar en nombre de la persona: \_\_\_\_\_

#### **SECCIÓN F: Prohibición de divulgación posterior:**

Esta autorización está destinada al uso o la divulgación de la información de salud que incluye servicios de salud mental.

#### **AVISO PARA PROHIBIR LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN DE SALUD PROTEGIDA**

Tiene prohibido hacer más divulgaciones de esta información, salvo que esté expresamente permitido en el consentimiento por escrito de la persona o que su representante personal autorice su uso o divulgación. (ORS 179.505(14))

Esta autorización está destinada a la divulgación de la información de salud que incluye el tratamiento por consumo de alcohol o drogas.

#### **AVISO PARA PROHIBIR LA DIVULGACIÓN POSTERIOR DE LA INFORMACIÓN RELATIVA AL TRATAMIENTO POR CONSUMO DE ALCOHOL O DROGAS**

Este aviso acompaña una divulgación de información relativa a un cliente que recibe tratamiento por consumo de alcohol/drogas, realizada a usted con el consentimiento de dicho cliente. Se le compartió esta información de registros protegidos por las normas federales de confidencialidad (Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales). Las normas federales prohíben que vuelva a divulgar esta información, salvo que esto esté expresamente permitido en el consentimiento por escrito de la persona a quien corresponde o permitido de otro modo por la Parte 2 del Título 42 del Código de Regulaciones Federales. Una autorización general para la divulgación de información médica o de otro tipo NO es suficiente para esta finalidad. Las normas federales restringen el uso de la información para las investigaciones o el procesamiento penales de un paciente que consuma alcohol o drogas.

#### **SECCIÓN G: Vencimiento y revocación:**

Esta autorización vence en la siguiente fecha:

Día \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

\*Si no se indica fecha de vencimiento, esta autorización vencerá 3 años a partir de la fecha de la firma.

**Derecho a revocar:** Entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento al proporcionar un aviso por escrito de mi revocación a la oficina de contacto indicada a continuación. Entiendo que la revocación de esta autorización *no* afectará ninguna medida que haya tomado para cumplir esta autorización antes de haber recibido mi aviso por escrito de la revocación.

Oficina de contacto: Historias Clínicas

Teléfono: (503) 438-2166

Fax: 503-397-5373

Correo electrónico: medicalrecords@ccmh1.com

Dirección: 58646 McNulty Way, St. Helens, OR 97051